1872

Zur Lehre von der Wendung auf die Füsse bei engem Becken.

Inaugural-Dissertation

welche mit Genehmigung

der

medicinischen Facultät hiesiger Universität

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

Sonnabend, den 27. April 1872, Mittags 12 Uhr

in der Aula Leopoldina

öffentlich vertheidigen wird

Simon Borinski.

Opponenten:

J. Eger, Dr. med., **P. Scholz,** Cand. med.

Breslau.
F. W. Jungfer's Buchdruckerei.
1872.

Seinem hochverehrten Lehrer

dem

Herrn Medicinalrath

Professor Dr. O. Spiegelberg

Ritter etc.

aus Dankbarkeit und Ehrerbietung

gewidmet

vom Verfasser

Seinem hochverehrten Lehrer

dem

Herrn Medicinalrath

Professor Dr. O. Spiegelberg

Ritter etc.

aus Dankbarkeit und Ehrerbietung

gewidmet

vom Verfasser

Vorwort.

Die Existenz einer Frage von der Wendung auf die Füsse bei engem Becken ist jedem Fachmanne genügend bekannt, so dass es mir als eine dankbare Aufgabe erschien, die Erfahrungen des hiesigen geburtshülflichen Instituts in dieser Richtung zu untersuchen und zu verwerthen. Hierbei wurde ich von meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Med.-Rath Prof. Dr. Spiegelberg aufs freundlichste unterstützt; es sei mir darum vergönnt, ihm an dieser Stelle meinen schuldigen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Ferner sage ich hier den Assistenzärzten der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik Herrn Dr. Fraenkel und Herrn Dr. Grossmann für ihre gütige Theilnahme meinen aufrichtigen Dank.

Unter den verschiedenen Behandlungsweisen, welche bei Geburten mit Beckenenge je nach den vorliegenden Verhältnissen in Frage kommen, ist es besonders die Wendung auf die Füsse, deren Anzeige trotz vielfacher Bemühungen bisher noch nicht mit allseitiger Uebereinstimmung festgestellt werden konnte. Dass gewisse Anomalien des Geburtsverlaufes, wie absolut ungünstige Fruchtlage, gefahrdrohende Symptome von Seiten der Mutter oder der Frucht, sowie beim normal gebauten so auch beim verengten Becken die Wendung, wenn nur die Vorbedingungen erfüllt sind, unabweislich machen, darüber herrscht in der Gegenwart wohl nur Eine Stimme. Dagegen lauten die Urtheile der Autoren sehr getheilt, wenn der Werth der Wendung als einer „vorbauenden" Operation, um bei Schädelgeburten mit zögernder Einstellung des Kopfes den nach Oeffnung des Muttermundes drohenden Gefahren für Mutter und Kind vorzubeugen, zur Sprache kommt.

Die Gegner der Wendung — es ist dies die Mehrzahl der neueren Geburtshelfer — halten das Leben der Frucht bei Geburt mit nachfolgendem Kopfe für ausserordentlich gefährdet gegenüber der lebenserhaltenden Configurationsfähigkeit des vorangehenden Schädels, berufen sich auf die bekannte Erfahrung, dass Geburten in Beckenendelage schon bei normalen Becken, umsomehr bei räumlichem Missverhältniss für die Erhaltung des Kindes eine schlechte Prognose bieten, und verweisen im Besonderen auf die Resultate der Wendungsstatistik älteren und neueren Datums.

Die Anhänger der Wendung gestehen der Schädelgeburt bei vorhandenem räumlichem Missverhältniss für gewisse Beckengattungen diese Vorzüge nicht zu, erklären die ungünstigen Ergebnisse der älteren Statistik durch die damaligen ungeeigneten Extrationsmethoden sowie durch zu spätes Operiren, rühmen die eclatanten Erfolge, welche Schroeder, Hoening, Scharlau, Strassmann in neuerer Zeit veröffentlicht haben, betonen die Gefahren protrahirter Geburten für Mutter und Kind und empfehlen die Wendung ganz besonders in Rücksicht auf erstere. Als Beweis für den leichteren Durchtritt des nachfolgenden Kopfes wird u. A. die Beobachtung Hoening's (Mon. f. Geb. B. XXXIII, S. 255) angeführt, wonach bei derselben Frau mehrere Schädelgeburten mit tödtlichen Verletzungen der Frucht verliefen, während späterhin Fusslagen trotz grösserer Kopfmasse einen glücklichen Ausgang hatten.

Wenn es auch stets einzelne Fälle geben wird, welche den Allgemeinregeln spottend ihre individuelle Behandlung erfordern, so liesse sich doch im Prinzip die Sache zum Austrag bringen, wenn zahlreiche, genaue ergiebige Beobachtungen die Chancen für das eine oder andere Verfahren feststellten.

Als einen dahin gehörigen Beitrag möge man die in den folgenden Blättern verzeichneten Fälle von Wendung und Extraction bei engem Becken ansehen, welche vom Herbste 1865 ab, seitdem Herr Medicinalrath Prof. Dr. Spiegelberg das geburtshülfliche Institut zu Breslau dirigirt, in hiesiger Klinik und Poliklinik vorgekommen sind. Anstatt eine fortlaufende Reihe von Geburtsgeschichten, welche doch viel Unwesentliches bringen und die Uebersicht erschweren würden, zu liefern, habe ich es vorgezogen, die zur Entscheidung unserer Frage wichtigsten Factoren, soweit die vorhandenen Daten reichen, herauszuheben und von einem natürlichen Gesichtspunkte aus in Rubriken zu ordnen.

In Betreff der Breslauer Methode der Beckenmessung und des Operationsverfahrens

S.: Spiegelberg, Jahresbericht M. f. G. B. XXXII, S. 283;
ferner: Fuhrmann, Berl. klin. Woch. 1868.

Zur Rubrik: Ausgang für Kind habe ich zu bemerken, dass Kinder, welche bald nach der Geburt nachweislich aus entfernten Ursachen gestorben sind, als lebend geboren notirt wurden.

In einem Anhange habe ich des Vergleiches wegen auch die Geburten in Beckenendenlage bei engem Becken angeführt.

Bei Angabe der Kopfmasse habe ich mich folgender Abkürzungen bedient:

Gew. = Gewicht, K. = Kopfumfang, Sch. = Schulterumfang, Qu. = Biparíet. Querdurchmesser.

I. Kopflage

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
1. Klin. 66/67	Rosina W. 26 J.	2. Entb. 1. durch Zange.	Platt. Cv.= 3" 3"' = 8,7 cm. Prom. hoch, vordere Beckenw. hoch u. steil.	Mädchen. Gew. 6 Pfd. 5 L. K. = 35,0 Sch. = 37,0 Qu. = 10,0	1. Schädellage, Sut. Sag. dicht über der Symph., Kop ziemlich fest auf Ein gang, linke Becken hälfte leer.
2. Klin. 67/68	Caroline S. 27 J.	3. Entb., sonst normal.	Platt, nicht rhachitisch. Cv.= 3" 2"' = 8,5 cm. Prom. niedrig, vord. Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Mädchen. Gw. 6 Pfd. 20 L. K. = 34,0 Sch. = 36,0 Qu. = 9,5	1. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung, Kopf voll im Eingang, etwas beweglich.
3. Pol. 21/2 70	Caroline Sch. 23 J.	5. Entb.	Platt, rhachitisch. Cv.= 3" 2"' = 8,5 cm. Prom. tief, stark vorragend, vord. Beckenw. steil u. hoch.	Knabe, kräftig. Kopf sehr gross.	2. Ohrlage. Pfeilnaht dicht über der Schamfuge.
4. Pol. 67/68	Marie W. 41 J.	4. Entb., sonst langdauernd, normal.	Platt. Cv.= 3" 1"' = 8,3 cm.	Knabe. Gew. 8 3/4 Pfd. K. = 38,0 Sch. = 42,0	1. Schädellage, Hinterscheitel-einstellung, Sut. sag. nahe dem Prom., Kopf auf Eingang beweglich.
5. Pol. 66/67	Rosina R. 28 J.	2. Entb., 1. langdauernd, Kind todt.	Platt. Cv. = 3" = 8,1 cm. Prom. tiefstehend.	Knabe von normaler Grösse. Kopfknochen fest. K. (nach Perf.) = 35,0 Sch. = 36,0	1. Schädellage. Vorderscheitel-einstellung, Sut. sag. näher dem Prom., Kopf auf Eingang beweglich.

ohne Complication.

Indication.	Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Dauernd ungünstige Kopfstellung trotz energischer Wehen.	21 Std.	vor 1½ Std.	Wendg. u. Extr. ziemlich leicht und rasch (10 Minuten), nur das Prom. bietet grösseren Widerstand. (Kind reitet auf Nabelschnur.)	normal.	stirbt asphyct.
Docendi causa.	3¼ Std.	vor ¼ Std.	Wendg. u. Extr. leicht.	normal.	normal.
Ungünstige Kopfstellung.	38 Std.	eben erfolgt.	Wendg. leicht. Wegen Verlangsamung des Fötalpulses Extr.; sowohl die des Rumpfes als die des Kopfes durch Enge des Eingangs sehr erschwert.	normal.	stirbt asphyct.
Stillstand der Geburt seit vielen Stunden bei Wehenschwäche.	etwa 18 Std.	vor etwa 15 Std.	Wendg. auf einen Fuss und Extr. leicht.	normal.	asphyct., wiederbelebt.
Stillstand der Geburt.	48 Std.	vor 18 Std.	Wendg. auf beide Füsse sehr schwierig; Extr. des Rumpfes leicht, Kopf wird perfor.	leichte Endometritis mit Heilung. Blasen-Uterus-Fistel.	perforirt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
6. Klin. 66/67	Ernestine B. 33 J.	6. Entb., 1. u. 2. normal, 3. u. 4. durch Zange, 5. normal.	Platt. Cv.=2″10‴=7,6cm. D. Sp. = 24,0 D. Cr. = 24,0 Dopp. Prom., wahres sehr hoch stehend.	Knabe. Gw.7Pfd.18L. K. = 36,0 Sch. = 38,0 Qu. = 10,5	1. Schädellage, Vorderscheiteleinstellung, Sut. sa sehr nahe d. Sympl Kopf beweglich a Eingang.
7. Pol. 22/12 66	Caroline W. 27 J.	2. Entb., 1. mittelst Perf. des vorangehenden Kopfes.	Platt. Cv.=2″10‴=7,6cm. Prom. sehr hoch stehend.	Knabe, sehr kräftig. K. = 35,0 Sch. = 35,0 Bip.Qu.=10,0 Bit. Qu.= 9,0	1. Schädellage, Hinterscheiteleinstellung, Kop beweglich auf Eingang.
8. Klin. 22/12 66	Elisabeth B. 27 J.	2. Entb., 1. normal, sehr langdauernd.	Platt. Cv.=2″10‴=7,6cm. D. Sp. = 21,0 D. Cr. = 23,0 Prom. tief stehend.	Knabe. Gew. 5½ Pfd. K. = 32,0 Sch. = 34,0	2. Schädellage, Vorderscheiteleinstellung, Sut. sa dicht über Symp nach rechts u. hinte verlaufend, Kopf sehr beweglich, m grösstem Umfang auf d. r. Darmbei
9. Pol. 9/7 68	Julie Sch. 32 J.	2. Entb., 1. normal.	Platt, rhachitisch. Cv.=2″9‴= 7,5 cm.	Knabe, nicht kräftig.	1. Schädellage, Kopf etwas nach rechts ausgewiche
10. Pol. 24/9 68	Susanne Sch. 39 J.	1. Entb.	Platt. Cv.=2″9‴=7,5 cm. D. Sp. = 23,5 D. Cr. = 25,5 Prom. scharf vorspringend, vord. Beckenw. sehr steil und hoch.	Mädchen.	1. Schädellage, Vorderscheiteleinstellung, Sut. sa sehr nahe d. Sympl Kopf hoch über de Eingang.

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Unverändert ungünstige Kopfstellung.	7½ Std.	vor 3 Std.	Wendg. nur auf beide Füsse leicht, Rumpf folgt spontan, Nabelschnurpuls sistirt, Kopf wird mit grosser Mühe durch den engen Eingang entwickelt.	normal.	tief asph., mit Mühe wiederbel. Tiefe Impression d. l. Schläfengegend kl. Fract. am hint. Umfang d. r. Tub. par. Gesund entl.
Stillstand der Geburt seit mehreren Stunden, Hoffnung, ein lebendes Kind zu extrahiren, Rücksicht auf frühere schwere Entbindung.	etwa 18 Std.	vor 15 Std.	Wendg. auf beide Füsse und Extr. leicht.	normal.	leicht asph., wiederbelebt.
Ungünstige Einstellung.	15 Std.	Blase steht.	Wendg. innerhalb der schlaffen Eihäute und Extr. erfolgt rasch (15 Minuten).	normal.	asphyct., rasch wiederbelebt.
Trotz Sprengen der Fruchtblase bleibt der Kopf deviirt.	etwa 10 Std.	Blase eben gesprengt.	Wendg. auf beide Füsse leicht, Extr. des Kopfes mässig schwer.	normal.	normal.
Dauernd ungünstige Kopfstellung bei Wehenschwäche.	31 Std.	vor 20 Std.	Wendg. auf einen Fuss, Extr. des Steisses schwierig, Kopf perforirt und mit Zange extrahirt.	normal.	perforirt.

Anmerkung. Zwei Jahre darauf wurde dieselbe Frau von einem sehr grossen lebenden Knaben mit vorausgehendem Schädel spontan entbunden.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
11. Klin. 69/70	Caroline P. 28 J.	6. Entb., 1. u. 2. langdauernd, normal, 3. mittelst Perfor., 4. Frühgeburt.	Platt, rhachitisch. Cv.=2″8‴=7,25 cm. D.Sp.=8″8‴=23,5 „ D.Cr.=8″4‴=22,5 „ Dopp. Prom., wahres sehr hoch, scharf vorragend, vord. Beckenw. sehr steil.	Knabe. Gw.5Pfd.28L. K. = 31,0 Sch. = 32,0 Qu. = 8,0	2. Schädellage, Hinterscheiteleinstellung, Sut. sag d. Symph. genäher Kopf beweglich a Eingang.
12. Pol. 7/1 67	A. U. 30 J.	3. Entb., 1. Frühgeburt, leb. Kind. 2. Fusslage mit Perf. des Kopfes.	Platt. Cv.=2″8‴=7,25 cm. D. Sp. = 24,0 D. Cr. = 23,5 Prom. hochstehend.	Knabe. Künstliche Frühgeburt von 36 Wochen.	1. Gesichtslage, Gesicht beweglich über dem Eingang
13. Klin. 9/1 68	Ida G. 24 J.	1. Entb.	Platt. Cv.=2″6‴=6,75 cm. D. Sp. = 25,0 D. Cr. = 24,5 Prom. mittelhoch, vord. Beckenw. hoch, gut geneigt.	Knabe. Gw.6Pfd.21 L. K. = 34,0 Sch. = 35,0 Qu. = 9,0	1. Schädellage, Vorderscheiteleinstellung, Sut. sag sehr nahe d. Symph Hinterhaupt auf Darmbein, rechte Beckenhälfte leer.
14. Klin. 30/11 71	Johanna E. 21 J.	1. Entb.	Platt, allgemein verengt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. D. Sp. = 21,75 D. Cr. = 21,0 Prom. sehr tief, vord. Beckenw. hoch u. steil, Schambogen eng.	Knabe, starkknochig. Gew.6Pfd.8 L. K. = 35,0 Sch. = 38,0 Qu. = 9,0	1. Schädellage, hintereScheitelbein lage, Kopf sehr be weglich auf Eingang.

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
auernd ungünstige Kopfstellung trotz nergischer Wehen.	17 Std.	vor 10 Std.	Wendg. auf einen Fuss durch Uterus-Contraction erschwert, aber rasch, die heraufgeschlagenen Arme leicht gelöst, der Kopf nur mit äusserster Kraftanstrengung manuell entwickelt.	normal.	tief asph., mit Mühe wiederbelebt. Beträchtl. Nahtverschiebung tiefe Impressionen an d. l. Kopfseite. Tod nach 20 Tagen an Otit. blenn. sin.
tillstand der Geburt it mehreren Stunden bei Wehenschwäche.	?	vor 5 Std.	Wendg. auf beide Füsse und Extr. des Rumpfes leicht, Lösung der Arme verzögert, die Extr. des Kopfes wegen Beckenenge schwierig.	normal.	stirbt asphyct.
auernd ungünstige opfstellung, Rücksicht auf Kind und Mutter.	24 Std.	vor ½ Std.	Wendg. u. Extr. äusserst schwierig, sowohl wegen Enge des Eingangs, als auch wegen Contraction des Uterus. Nabelschnurpuls sistirt während der Operation.	Scheidendammriss, Parametr., Metr. phlegm., Ichorrh. Tod nach 4 Tagen.	stirbt in partu. Tiefe Impressionen u. Infraction am Schädel entsprechend d. Symph. u. dem Prom.
Langsamer rtschritt der Geburt, ungünstige Kopfstellung.	37 Std.	Blase steht.	Sprengen der Blase, Wendg. wegen Uterus-Contraction schwer, gelingt nur auf beide Füsse, Fötalpuls sistirt, Extr. und Lösung der heraufgeschlagenen Arme durch Enge des Beckens und der Rima vulvae erschwert (Extr. ¼ Std.)	mässiger Dammriss, sonst normal.	stirbt in partu. Schädel sehr verschoben, fracturirt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung;
15. Klin. 15/3 67	Anna K. 29 J.	2. Entb., 1. mittelst Perfor.	Platt, allgemein verengt. Cv. = 2" 9"' = 7,4 cm. D. Sp. = 20,5 D. Cr. = 24,0 Prom. recht hoch stehend, vord. Beckenw. hoch u. steil.	Knabe. Gw. 5 Pfd. 28 L. K. = 33,0 Sch. = 34,0 Qu. = 9,0	1. Schädellage Kopf beweglich ü der Schamfug
16. Pol. 15/1 67	Rosina A. 41 J.	2. Entb., 1. sechsmonatliche Frühgeb.	Asymmetrisch in Folge von überstandener Coxitis dext. und Nichtgebrauch von Krücken. D. Sp. = 23,0 D. Cr. = 22,5 D. Tr. = 30,0 cm. Von der Sp. ant. sup. sin. bis zur Sp. post. dextr. = 22,5; von der Sp. ant. sup. dext. bis zur Sp. post. sin. = 20,5. Das v. Hüftgelenk, nach innen u. oben gedrängt, d. r. Troch. weit nach aussen. Proc. spin. d. letzt. Lendenwirbels und das Prom. nach r. verschoben, Symph. nach l., der l. Schambogen mehr ausgeschweift, d. r. Beckenwand enorm flach, bes. im hinteren Theile gestreckt, die Sp. Isch. in die Höhle hineinragend.	Knabe, kräftig. Gew. 6 Pfd. 8 L. K. = 33,0 Sch. = 35,0	2. Schädellage Kopf scheinbar t mit kleinem Se ment im Beckene gang, Sut. sag. q hinter der vorde Beckenw., links v Prom. ein Ohr Kopf etwas bew lich.

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Rücksicht uf frühere schwere ntbindung, voraus-chtlich mangelnde Einstellung des Kopfes, Hoffnung, n lebendes Kind zu entbinden.	18 Std.	Blase steht.	Sprengen der Blase, leichte Umdrehung auf beide Füsse, schwieriges Lösen der herauf-geschlagenen Arme, Extr. des Kopfes nur mittelst des scharfen Hakens.	stirbt nach 12 Tagen.	stirbt in partu.
illstand der Geburt bei ungünstiger Kopfstellung trotz heftiger Wehen.	16 Std.	vor 10 Std.	Wendg. auf beide Füsse leicht, ebenso Extr. des Rumpfes (Rücken nach vorn und links) leicht, schwierige Lösung der heraufgeschlagenen Arme, die manuelle Entwicklg. des Kopfes gelingt weder im queren noch im 1. schrägen Durchmesser, daher Perfor.	normal.	perforirt.

II. Kopflag

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung;
17. Klin. 1/2 67.	Anna H. 23 J.	2. Entb., 1. normal, Kind sehr klein.	Platt. Cv.=3″ 6‴ = 9,5 cm.	Knabe. Gw.7Pfd.24 L. K. = 35,0 Sch. = 37,0 Qu. = 10,5	1. Schädellage Hinterscheitel einstellung, Sut. s nahe der Symp Kopf beweglic linke Beckenhäl leer.
18. Klin. 4/11 66.	Sophie P. 26 J.	1. Entb.	Platt. Cv.=3″ 6‴ = 9,5 cm. Prom. mittelhoch.	Mädchen.	2. Schädellage Vorderscheitel einstellung, Sut. s nahe dem Pro Kopf beweglich Eingang.
19. Pol. 7/4 70	Auguste H. 31 J.	2. Entb., 1. schwer, aber spontan.	Platt. Cv.=3″ 5‴ = 9,2 cm. Prom. sehr vorspringend.	Knabe, sehr gross u. kräftig.	1. Schädellage Vorderscheitel einstellung, Pfe naht sehr nahe d Prom., Kopf flach Eingang.
20. Klin. 16/6 70.	Anna H. 25 J.	1. Entb.	Platt. Cv.=3″ 4‴ = 9,0 cm. Prom. tief, vord. Beckenw. gut geneigt.	Mädchen. Gew.4Pfd 8 L. K. = 33,0 Sch. = 34,0 Qu. = 8,75	2. Schädellage Kopf beweglich Eingang.
21. Pol. 16/5 70.	Amalie R. 35 J.	3. Entb., sonst langdauernd, normal.	Platt. Cv.=3″ 4‴ = 9,0 cm.	Knabe.	1. Schädellage Hinterscheitel einstellung, Ko ziemlich fest a Eingang.
22. Pol. 6/7 70.	Helene P. 29 J.	2. Entb., 1. schwer, spontan.	Platt. Cv.=3″ 4‴ = 9,0 cm. Dopp. Prom.; das falsche scharf vorragend.	Knabe.	2. Schädellage Vorderscheitel einstellung, Ko beweglich auf Eingang.

it Complication.

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
cht reponirbarer rfall der Nabel-nur, verlangsam-Puls derselben, ngünstige Kopf-stellung.	13 Std.	vor 1 Std.	Wendg. auf einen Fuss ziemlich leicht u. rasch, ebenso Extr., ein herauf-geschlagener Arm wird leicht gelöst, Kopf pas-sirt mit fühlbarem Ruck das Prom.	normal.	leicht asphyct., wieder-belebt.
eber der Kreissen-n, Stillstand der burt seit mehre-en Stunden bei Wehenschwäche.	mehr als 36 Std.	vor langer Zeit.	Wendg. u. Extr. ohne grössere Schwierigkeit.	normal.	ante partum gestorben.
schöpfung der Ge-hrenden und be-nender Meteoris-mus.	38 Std.	vor 25 Std.	Wendg. auf beide Füsse leicht, die herauf-geschlagenen Arme schnell gelöst, schwie-rige aber schnelle Extr. des Kopfes.	normal.	asphyct., wieder-belebt.
cht reponirbarer rfall der Nabel-nur und des rech-ten Armes.	14 Std.	Blase eben ge-sprengt.	Wendg. auf einen Fuss leicht, Rumpf spontan ausgetrieben. Kopf leicht extrahirt. Nabel-schnur pulslos.	normal.	tief asphyct., wieder-belebt.
cht reponirbarer rfall des rechten Armes.	etwa 14 Std.	?	Wendg. leicht, Extr. durch Strictur des Muttermundes erschwert.	normal.	asphyct., wieder-belebt.
rfall der pulslosen belschnur, begin-nde Endometritis.	?	?	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Kopf we-gen des Prom. schwer entwickelt.	Endo-metritis, Genesung.	ante partum gestorben.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
23. Pol. 70/71.	Louise H. 28 J.	2. Entb., 1. langdauernd, normal.	Platt. Cv. = 3″3‴ = 8,7 cm. Dopp. Prom., wahres hochstehend, vord. Beckenw. hoch und steil.	Knabe, in beginnender Maceration. K. = 35,0 Sch. = 34,0	2. Stirnlage. Stirn flach auf Eingang.
24. Pol. 1/12 66.	Marie P. 36 J.	5. Entb. 1. mit Zange: leb. Kind, 2. u. 3. spontan, 4. mit Zange: todtes K. — alle langdauernd.	Platt. Cv. = 3″3‴ = 8,75 cm.	Knabe, mässig kräftig. K. = 34,0 Sch. = 36,0	1. Schädellage, Hinterscheitel-einstellung, Sut. sa nahe dem Prom Kopf beweglich a Eingang.
25. Pol. 20/6 70.	Emilie Sch. 32 J.	1. Entb.	Platt. Cv. = 3″ = 8,1 cm. Prom. sehr hoch, vord. Beckenw. hoch u. steil.	Knabe.	2. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung (fast Stirnlage), Kopf se hoch über dem Eingang.
26. Pol. 23/9 66.	Johanne M. 34 J.	2. Entb., 1. mit Zange.	Platt. Cv. = 3″ = 8,1 cm.	Knabe.	1. Schädellage.
27. Pol. 6/6 68.	Caroline F. 35 J.	5. Entb. sonst spontan.	Platt. Cv. = 3″ = 8,0 cm.	Knabe.	1. Gesichtslage, Gesicht fest auf Eingang.
28. Pol. 9/8 67.	Caroline Sch. 26 J.	2. Entb., 1. langdauernd, normal.	Platt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. mittelhoch.	Mädchen, mässig kräftig.	1. Schädellage.

Indication.	Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
inerseits beginde Endometritis, illstand der Get, anderseits vorsichtlich leichte Wendung.	über 40 Std.	vor etwa 36 Std.	Wendg. u. Extr. leicht.	Atonie des Uterus, Blutung, Phlebothrombose, Genesung.	ante partum gestorben.
ber der Gebärenl, Stillstand der burt seit mehreu Stunden bei Wehenschwäche.	etwa 24 Std.	vor etwa 15 Std.	Wendg. auf beide Füsse und Extr. leicht.	Riss am Muttermund, Pelveperitonitis, Genesung.	normal.
fall der Nabelnur und des r. Armes.	10 Std.	vor 4 Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Entwicklung des Kopfes mässig schwer, weil Kinn am Prom. hängen bleibt.	normal.	asphyct., wiederbelebt.
merkung. Im nächsten Jahre spontane schnelle Schädelgeburt: Vorderscheiteleinstellung mit Vorfall der pulslosen Nabelschnur.					
cht reponirbarer rfall der Nabelschnur.	etwa 20 Std.	eben erfolgt.	Wendg. auf beide Füsse u. Extr. ohne Schwierigkeit.	normal.	normal.
Collaps r Kreissenden.	17 Std.	vor 12 Std.	Wendg. auf einen Fuss, Extr. ziemlich leicht.	stirbt nach 4 Tagen an Peritonitis.	stirbt in partu.
cht reponirbarer fall der Nabelschnur.	12 Std.	vor $1^1/_2$ Std.	Fassen des Fusses durch stricturirten Muttermund erschwert, Umdrehung leicht, Extr. d. Kopfes durch obige Strictur verzögert.	normal.	mässig asphyct., wiederbelebt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
29. Pol. 5/4 67.	Johanne Sch. 26 J.	2. Entb., 1. normal.	Platt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. hochstehend.	Knabe. mässig gross.	1. Schädellage, Kopf beweglich üb dem Eingang.
30. Pol. 18/9 67.	Caroline N. 31 J.	3. Entb., 1. u. 2. mit Zange: Kinder todt.	Platt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. mittelhoch.	Mädchen.	2. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung.
31. Pol. 23/7 70.	Auguste F. 23 J.	2. Entb., 1. langdauernd, normal.	Platt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. hoch, vord. Beckenw. hoch und steil.	Knabe.	1. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung, Kop fest auf Eingang
32. Pol. 2/12 71.	Pauline Dz. 29 J.	4. Entb., sonst langdauernd, normal.	Platt, rhachitisch. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. hoch, vord. Beckenw. hoch und steil.	Mädchen.	1. Schädellage.
33. Pol. 23/10 69.	Henriette H. 30 J.	2. Entb., 1. sehr langdauernd, spontan, Kind starb bald nach d. Geburt.	Platt, rhachitisch. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. scharf vorspringend, vord. Beckenw. ziemlich hoch u. steil.	Mädchen, gross und kräftig. Kopfknochen hart.	2. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung, Pfei naht nahe dem Prom., Kopf bewe lich auf Eingang linke Seite des Ei gangs leer.
34. Pol. 7/1 72.	Therese H. 44 J.	3. Entb., sonst langdauernd, normal.	Platt, rhachitisch. Cv. = 3″ = 8,0 cm.	Knabe. Schädel auffallend hart.	1. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung, Pfei naht dem Prom. nähert, Kopf etw beweglich.

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Vorfall der Nabelschnur, des l. Armes, des r. Fusses.	17 Std.	vor 5 Std.	Wendg., bei der Extr. dreht sich der Rumpf mit dem Bauche nach vorn u. links, allmälig nach vorn, zuletzt nach rechts u. hinten, die Entwickelung des Kopfes schwierig, durch Wehen unterstützt.	normal.	stirbt in partu.
Nicht reponirbarer Vorfall der Nabelschnur.	16 Std.	vor 1 Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Entwickelung des letzteren schwer.	normal.	stirbt in partu.
Nicht reponirbarer Vorfall der Nabelschnur.	etwa 15 Std.	vor $1^1/_2$ Std.	Wendg. schwer, Extr. mit Rücken hinten mässig schwer, beim Durchtritt d. Schultern dreht sich der Rücken nach vorn.	normal.	stirbt in partu.
Ruptur des Uterus.	20 Std.	vor 16 Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Kopf wegen des Prom. schwer entwickelt.	stirbt nach 24 Std.	ante partum gestorben. Tiefe Impression am Schädel.
Ueber der Kreissenden, Stillstand der Geburt trotz häufiger Wehen; anderseits Wendung voraussichtlich nicht schwer.	21 Std.	vor 6 Std.	Wendg. auf beide Füsse sehr schwer, Nabelschnurpuls sistirt, Extr. des Kopfes dadurch, dass Kinn am Prom. hängen bleibt, sehr schwer.	normal.	stirbt in partu. Tiefe Impression am Schädel.
Ueber der Kreissenden, unveränderter Kopfstand.	über 24 Std.	vor Wehenbeginn.	Wendg. nur auf beide Füsse möglich, durch dopp. Handgriff, Rumpf folgt spontan, Kopf schwer entwickelt. (Dauer der Operation $^1/_2$ Std.)	stirbt nach 4 Tagen an Peritonitis.	stirbt in partu.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
35. Pol. 10/3 67.	Auguste R. 20 J.	1. Entb.	Platt. Cv. = 3" = 8,0 cm,	Knabe.	1. Schädellage Sut. sag. nahe d. Prom., Kopf bew lich auf Eingan
36. Pol. 6/1 71.	Rosina R. 32 J.	2. Entb., 1. normal.	Platt. Cv. = 3" = 8,0 cm. Prom. sehr hoch, vord. Beckenw. sehr steil u. hoch.	Knabe. Gw. 9 1/3 Pfd. Kopfknochen sehr fest.	1. Schädellage Vorderscheitel einstellung mit viation des Kop nach vorn.
37. Klin. 29/1 69.	Anna Sch. 29 J.	3. Entb., sonst normal.	Platt. Cv.=2"10"'=7,65cm. D. Sp. = 20,5 D. Cr. = 22,5 Prom. niedrig, sehr vorragend, vord. Beckenw. hoch, gut geneigt, Kreuzbein fast grade gestreckt.	Knabe. Gw.6Pfd.25 L. K. = 34,0 Sch. = 37,0 Qu. = 8,0	2. Schädellage Kopf beweglich ü der vorderen Beckenwand.
38. Pol. 20/6 67.	Emilie W. 29 J.	2. Entb., 1. langdauernd, m. Zange: K. todt.	Platt. Cv. = 2" 9—10"' = 7,5 cm.	Knabe. K. = 32,0 Sch. = 34,0	2. Schädellage Vorderscheitel einstellung, Ko beweglich auf Eingang.
39. Pol. 26/3 70.	Anna Sch. 25 J.	1. Entb.	Platt, rhachitisch. Cv.=2" 9"' = 7,4 cm. Prom. hoch, Symph. hoch u. steil.	Knabe.	1. Kopflage, Uebergangsform Stirn- in Gesich lage, Kopf bewe lich auf Eingan
40. Pol. 1/3 70.	Caroline B. 38 J.	5. Entb., stets schwer entbunden.	Platt, rhachitisch. Cv.=2" 9"'=7,4 cm.	Knabe, sehr gross u. stark.	2. Schädellage Vorderscheitel einstellung, Ko sehr hoch, bewe lich. Linke Beck hälfte leer.

Indication.	Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Mutter beginnt zu leiden.	etwa 24 Std.	vor etwa 20 Std.	Wendg. auf einen Fuss, Extr. des Kopfes verzögert sich.	normal.	stirbt asphyct.
Fieber der Mutter, Stillstand der Geburt trotz energischer Wehen.	21 Std.	vor 11 Std.	Wendg. leicht, Extr. d. starken Steisses sehr schwer, beide Arme heraufgeschlagen, Kopf ist manuell nicht zu entwickeln, da Kinn am Prom. hängen bleibt u. Querstellung nicht gelingt; daher Perf. und Keph. (Operationsdauer 1¾ Std.)	normal.	perforirt.
Nicht reponirbarer Vorfall der Nabelschnur.	10 Std.	Blase wird eben gesprengt.	Wendg. auf einen Fuss u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Puls der Nabelschnur sistirt, Kopf rel. schwer entwickelt.	normal.	tief asphyct., mit Mühe wiederbelebt. Tiefe Impression am Schädel.
Nicht reponirbarer Vorfall der Nabelschnur.	28 Std.	vor 1½ Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Entwicklung des Kopfes sehr schwer.	normal.	tief asphyct., wiederbelebt.
Nicht reponirbarer Vorfall der Nabelschnur.	4½ Std.	vor 1½ Std.	Wendg. leicht, ein heraufgeschlagener Arm schwer gelöst, Kopf schwer aber rasch entwickelt.	stirbt nach 4 Tagen an Pneumonie.	tief asphyct., wiederbelebt.
Placenta profunda, Metrorrhagie.	7 Std.	?	Wendg. u. Extr. ziemlich leicht.	stirbt nach 3 Tagen an Peritonitis.	ante partum gestorben. Starke Nahtverschiebung

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
41. Pol. 6/6 70.	Christiane M. 31 J.	2. Entb., 1. langdauernd, Zange.	Platt. Cv.=2″ 8‴=7,2 cm. Dopp. Prom., 1. Prom. hoch. Vord. Beckenw. steil.	Knabe, sehr gross u. kräftig.	1. Schädellage: Vorderscheitel-einstellung, Kop beweglich auf Eingang.
42. Pol. 16/6 71.	Therese L. 32 J.	4. Entb., sonst spontan, langdauernd.	Platt. Cv.=2″ 8‴=7,2 cm. Dopp. Prom., das wahre sehr hoch, vord. Beckenw. steil.	Knabe.	1. Schädellage: vordere Scheitelbeinlage, dicht hi ter der Schamfu ein Ohr.
43. Pol. 22/3 69.	Susanne B. 29 J.	3. Entb., 1. schwer: kleines Kind, 2.: Wendung u. Perfor.	Platt, rhachitisch. Cv.=2″ 8‴=7,2 cm.	Knabe, Kopf sehr gross.	1. Schädellage: spontan aus Schi lage hervorgega gen. Kopf mit grossem Theil i Eingang.
44. Pol. 2/6 70.	Marie L. 42 J.	7. Entb., sonst theils durch Zange, theils durch Wendg. entbunden.	Platt, allgemein verengt. Cv.=3″ 2‴=8,5 cm. D. Sp. = 23,5 D. Cr. = 23,0 Querdurchmesser d. Eingangs = 12,0. An der hint. Fläche des Schambeins zwei mehr als erbsengrosse Knochenbuckel.	Knabe. Gw. 7 Pfd. 25 L. K. = 37,0 Qu. = 10,0	2. Gesichtslage Gesicht hoch übe dem Eingang.

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Fieber und Meteorismus der Mutter, Stillstand d. Geburt.	60 Std.	vor 48 Std.	Wendg. wegen Contraction des Uterus sehr schwer, ebenso Extr. des Rumpfes, Nabelschnurpuls sistirt, Kopf wegen Stellung mit Sut. sag. in Conj. nur durch Perf. u. Keph. zu entwickeln. (Dauer der Operation 4 Std.)	Nachblutung, Peritonitis, Tod nach 2 Tagen.	perforirt.
Fieber der Kreissenden, unveränderte Kopfstellung.	12 Std.	vor 7 Std.	Wendg. wegen Contraction des Uterus schwer, durch dopp. Handgriff, Extr. leicht.	stirbt nach 2 Tagen an Peritonitis, wahrschl. Folge von unbemerkter Uterusruptur.	normal.
Nicht reponirbarer Nabelschnurvorfall.	9 Std.	eben erfolgt.	Erfassen d. Füsse leicht, Umdrehung aber gelingt erst nach Perf. d. Kopfes.	stirbt nach 7 Tagen an Peritonitis.	perforirt.
Ruptur des Uterus (Füsse in der Bauchhöhle).	?	?	Wendg. u. Extr. Entwicklung des Kopfes durch die Enge ziemlich schwer.	stirbt nach 5 Tagen an Peritonitis.	ante partum gestorben

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
45. Pol. 9/3 70.	Mathilde R. 31 J.	2. Entb., 1. mit Zange: K. todt.	Platt, allgemein verengt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. D. Sp. = 22,0 D. Cr. = 22,5 Prom. sehr tief, weit vorragend, vord. Beckenw. gut geneigt.	Knabe. Gw. 5 Pfd. 15 L. Kopf klein. Bit. Qu. = 7,5 Bip. Qu. = 9,3	1. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung, Kopf Eingang.
46. Pol. 12/4 67.	Franziska Th. 23 J.	1. Entb.	Platt, wahrscheinl. allg. verengt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. D. Sp. = 21,0 D. Cr. = 23,0 Prom. mittelhoch.	Mädchen, sehr kräftig. K. = 34,0 Sch. = 35,0	1. Schädellage, Hinterscheitel-einstellung, Sut. sa nahe dem Prom Kopf auf Eingan beweglich.
47. Pol. 15/8 67.	Emilie H. 31 J.	2. Entb., 1. mit Zange: K. todt.	Rhachitisch, platt, allg. verengt. C. d. = 9,5 cm. D. Sp. = 23,0 D. Cr. = 23,5 Prom. sehr hoch. (Allg. Verengerung erst während d. Operation erkannt.)	Mädchen, mässig kräftig. K. (nach Perf.) = 31,0 Sch. = 33,0	1. Schädellage, Mittelscheiteleim stellung (aus Vord scheiteleinstellun hervorgegangen Pfeilnaht nahe d Prom., Kopf bewe lich über dem Eingang.
48. Klin. 12/1 70.	Caroline H. 35 J.	1. Entb.	Rhachitisch, platt, allgemein zu eng. Cv. = 2″ 10‴ = 7,6 cm. D. Sp. = 22,5 D. Cr. = 23,5 Prom. tiefstehend, scharf vorragend.	Mädchen, Gew. 6 Pfd. 4 L. K. = 36,0 Sch. = 37,0 Qu. = 9,0	2. Gesichtslage, Gesicht fest auf E gang, Schädel an rechten Seite de Lendenwirbelsäu
49. Pol. 15/2 71.	Marie H. 28 J.	?	Platt, allgemein zu eng. Cv. = 2″ 9‴ = 7,4 cm. D. Sp. = 24,5 D. Cr. = 25,0 Prom. hoch, vord. Beckenw. hoch u. steil, der untere Beckenabschnitt allg. zu eng (während der Operation erkannt.)	Mädchen, sehr gross, Kopf sehr gross u. stark-knochig.	1. Schädellage, Vorderscheitel-einstellung, Kop fest auf Eingang

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
Nicht reponirbarer Vorfall der Nabelschnur.	3½ Std.	vor 1½ Std.	Wendg. u. Extr. ziemlich leicht.	normal.	tief asphyct., wiederbelebt.
Fieber u. beginnender Collaps der Mutter, verlangsamter Fötalpuls.	70 Std.	vor 34 Std.	Fassen des Fusses wegen Uterus-Contraction schwierig, Wendg. auf einen Fuss zieml. leicht, Austreibung d. Rumpfes und des Kopfes spontan.	normal.	stirbt in partu.
Kreissende beginnt zu leiden.	15 Std.	vor 12 Std.	Wendg. gelingt nur auf beide Füsse, erschwert durch Strictur d. Muttermunds, ebenso Extr. des Rumpfes erschwert, schwierige Perfor. und Extr. des hochstehenden Kopfes.	stirbt nach 3 Tagen an Peritonitis.	perforirt.
Leiden der Kreissenden, Stillstand der Geburt trotz stürmischer Wehen, anderseits Perfor. voraussichtlich schwer.	?	?	Wendg. durch Uteruscontraction u. Beckenenge sehr erschwert, die heraufgeschlagenen Arme und der Kopf mit Mühe entwickelt.	in Chloroformnarkose collabirt, mit Mühe zu sich gebracht. Ges. entl.	stirbt in partu.
Ueber der Kreissenden, Hoffnung, ein lebendes Kind zu entwickeln.	19 Std.	eben erfolgt.	Erfassen der Füsse leicht, Umdrehung gelingt erst nach Perfor. des Kopfes, und auch da sehr schwer, Extraction des Rumpfes und des Kopfes (mit Sut. sag. in Conj.) sehr mühselig.	stirbt nach 2 Stunden im Choc.	perforirt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese	Becken.	Kind.	Kopfstellung.
50. Klin. 9/11 69.	Therese M. 37 J.	1. Geburt. (leidet an Nephritis)	Platt, asymmetrisch. Cv. kaum 3″ = 8,0 cm. Becken hoch u. steil, rechte Hälfte enger u. abgeflachter, Prom. sehr hoch, nach rechts deviirt. vord. Beckenw. steil u. hoch, Kreuzbein gradlinig, lang.	Knabe. Gw. 5 Pfd. 18 L. K. = 33,0 Sch. = 35,0 Qu. = 8,5	1. Schädellage Vorderscheitel einstellung. Sut. s der Symph. ge nähert, Kopf auf E gang angedrück
51. Pol. 25/10 71.	Ottilie B. 28 J.	2. Entb., 1. normal. In Folge einer Luxation des linken Unterschenkels (in d. Kindheit) starkes Hinken.	Rhachitisch, platt, asymmetrisch. Cv. = 2″ 9‴ = 7,4 cm. Prom. mittelhoch, stark nach rechts verschoben, vordere Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Knabe.	2. Schädellage Vorderscheitel einstellung, Ko beweglich auf E gang, linke Beck hälfte leer.
52. Klin. 12/4 69.	Ernestine S. 30 J.	2. Entb., 1. in Steisslage (Vgl. Nr. 108.)	Coxalgisches asymmetrisches rechtsseitig und allgemein verengtes Becken.	Knabe. Gw. 4 Pfd. K. = 32,0 Sch. = 31,0 Qu. = 9,5 Künstl. Frühgeburt.	2. Schädellage Sut. sag. zwisch querem u. 2. sch gem Durchmesse Kopf hoch, bew lich auf Eingan

Indication.	Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
				Mutter.	Kind.
orfall der Nabel-schnur, pulslos.	10 Std.	eben er-folgt.	Wendg. sehr schwer, sowohl wegen Enge des Beckens als auch wegen fester Uteruscontraction, Extr. rel. leicht, Kopf tritt im 2. schrägen Durchmesser mit Stirn vorn rechts durch den Eingang.	stirbt in nächster Zeit an Nephritis.	ante partum gestorben
orfall der Nabel-schnur.	22 Std.	vor $^1/_2$ Std.	Wendg. auf einen Fuss u. Extr. in 1. Fusslage. Entwicklung der heraufgeschlagenen Arme und des Kopfes schwer.	normal.	leicht asphyct., wieder-belebt.
Vorfall von Hand und Fuss.	8 Std.	Blase wird eben ge-sprengt.	Wendg., Nabelschnur pulslos, Rumpf fast spontan ausgetrieben mit Rücken nach vorn und rechts, Kopf wird im 2. schrägen Durchmesser leicht extrahirt.	normal.	tief asphyct., mit Mühe wieder-belebt

III. Quer- u

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
53. Klin. 16/5 68.	Johanne St. 23 J.	2. Entb., 1. normal.	Platt. Cv.=3″ 6‴ = 9,5 cm. Prom. mittelhoch, vord. Beckenw. gut geneigt.	Mädchen. Gw.6Pfd.25 L. K. = 35,0 Sch. = 37,0 Qu. = 9,5	2. Querlage
54. Pol. 15/4 69.	Christiane B. 26 J.	6. Entb., 4mal spontan, das 5. mal mit Zange.	Platt. Cv.=3″ 5‴ = 9,2 cm. Dopp. Prom., das wahre sehr hoch stehend, das falsche sehr vorspringend, vord. Beckenw. mässig hoch, gut geneigt.	Knabe, Kopf sehr gross.	Vernachlässig 2. Querlage 1. Unterart Vorfall der pu losen Nabel schnur.
55. Pol. 25/4 70.	„ „ 27 J.	7. Entb. „ „	„ „	Mädchen.	1. Querlage 2. Unterart, Vorfall d. link Armes.
56. Pol. 27/12 71.	Johanne B. 30 J.	2. Entb., 1. langdauernd, normal. Verdacht auf Tuberculose.	Platt. Cv.=3″ 4‴ = 9,0 cm. Dopp. Prom.	Mädchen, mittelgross.	1. Schieflage 2. Unterart.
57. Klin. 6/12 65.	Therese M. 37 J.	7. Entb., 1. Schulterlage: Wendg. u. Extr., K. todt. 2. Fussl.: leb. 3. Kopfl.: todt. 4. Fussl.: todt. 5. Schieflage: Wendg. u. Extr., K. todt. 6. Kopflage: Zange, K. todt.	Platt, rhachitisch. Cv. = etwas über 3″ 3‴ = 9,0 cm. Prom. tiefstehend.	Mädchen, Gw. 7 Pfd. 5 L. K. = 34,0 Sch. = 36,0	1. Schieflage 1. Unterart, Placenta pro funda, Vorfall des rechten Arme

chieflagen.

Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
Std.	vor 5 Std.	Wendg. auf einen Fuss leicht, spontane Austreibung bis zur Brust, Sistirung des Nabelschnurpulses, Extr. durch das Prom. erschwert.	normal.	tief asphyct., mit Mühe wiederbelebt
Std.	vor 5 Std.	Beim Fassen des Fusses Vorfall der Placenta, Wendg. wegen Uteruscontraction schwer, Extr. des Kopfes mühselig.	erkrankt, Genesung.	ante partum gestorben.
Std.	vor 3 Std.	Wendg. durch Uteruscontraction erschwert, Extr. wegen des 2. Prom. schwierig.	normal.	ante partum gestorben.
Std.	Blase steht.	Sprengen der Blase, Wendg. u. Extr. leicht und schnell (ohne Chloroform).	stirbt nach 24 Std., wahrschl. in Folge der Circulationsstörung in d. Lungen.	leicht asphyct., wiederbelebt.
?	eben erfolgt.	Wendg. nur auf beide Füsse leicht, Blutung aus der theilweise gelösten Plac., schwierige Extr. des Rumpfes, Puls der Nabelschnur sistirt, Arme und Kopf schwer entwickelt.	normal.	tief asphyct., mit Mühe wiederbelebt. Tiefe Impression am Schädel. Gesund entl.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
58. Klin. 25/1 68.	„ „	„ „	„ „	Knabe, Gw. 5 Pfd. 25 L. K. = 34,0 Sch. = 33,0 Qu. = 9,0 Künstl. Frühgeburt.	2. Querlage Placenta prä funda.
59. Klin. 13/1 66.	Christiane M. 28 J.	4. Entb.	Platt. Cv. = 3″ 3‴ = 8,8 cm. Prom. tiefstehend.	Knabe, Gw. 7 Pfd. 10 L.	2. Schieflage 1. Unterarm-Vorfall des linken Arms
60. Pol. 5/8 71.	Marie Sch. 30 J.	2. Entb., 1. langdauernd, mit Zange.	Platt, rhachitisch. Cv. = 3″ 2‴ = 8,5 cm.	Knabe.	2. Schieflage 1. Unterarm-Vorfall des linken Arms
61. Pol. 21/7 68.	Henriette Sch. 34 J.	2. Entb., 1. normal.	Platt. Cv. = 3″ 2‴ = 8,5 cm.	Knabe, kräftig.	1. Schieflage 1. Unterarm
62. Pol. 8/7 70.	Auguste Sch. 32 J.	5. Entb., 2mal durch Zange, 1mal durch Wendg.	Platt, rhachitisch. Cv. = 3″ 2‴ = 8,5 cm. Prom. hoch, vord. Beckenw. steil.	Knabe.	1. Schieflage 2. Unterarm
63. Pol. 26/3 68.	Elisabeth R. 28 J.	2. Entb., 1. normal.	Platt. Cv. = 3″ 2‴ = 8,5 cm.	Mädchen.	1. Schieflage 2. Unterarm
64. Klin. 17/11 67.	Minna V. 36 J.	4. Entb., sonst spontan, todte Kinder.	Platt. Cv. = 3″ 1—2‴ = 8,3 cm. D. Sp. = 24,0 D. Cr. = 28,0 Prom. tiefstehend, sehr vorspringend, vord. Beckenw. niedrig, steil.	Mädchen, Gw. 5 Pfd. 3 L. K. = 33,0 Sch. = 34,0 Qu. = 9,0	2. Querlage Vorfall einer Hand.

Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
7 Std.	Blase steht.	Sprengen der Blase, Umdrehung anfangs durch Uteruscontraction erschwert, Blutung aus der theilweise gelösten Plac., Fötalpuls sistirt, Extr. des Steisses schwer, ebenso die des Kopfes.	normal.	asphyct., wiederbelebt.
?	vor 24 Std.	Wendg. wegen Uteruscontraction schwierig, sehr langsam, Extr. des Kopfes durch das Prom. erschwert.	normal.	ante partum gestorben.
etwa 3 Std.	eben erfolgt.	Wendg. u. Extr. leicht.	normal.	normal.
?	vor 34 Std.	Wendg. durch Uteruscontraction erschwert, Extr. durch Unterstützung der Wehen leicht.	normal.	stirbt asphyct.
etwa 4 Std.	vor etwa 16 Std.	Wendg. u. Extr. leicht u. schnell.	normal.	ante partum gestorben.
3 Std.	vor 1 Std.	Wendg. u. Extr. d. Rumpfes leicht, Kopf wegen ungünstiger Einstellung (mit Sut. sag. im 1. schrägen Durchmesser, Hinterhaupt hinten) erst nach mühseliger Querstellung leicht entwickelt.	normal.	stirbt in partu.
8½ Std.	eben erfolgt.	Wendg. durch Prom. u. stürmische Wehen verzögert, Fötalpuls sinkt, Austreibung des Rumpfes spontan, Arme leicht gelöst, Kopf mit Mühe durch den Eingang entwickelt.	normal.	tief asphyct., wiederbelebt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
65. Pol. 7/6 67.	Franziska Chr. 36 J.	?	Platt. Cv. = 3″ 1—3‴ = 8,5 cm.	Knabe.	2. Schieflage 1. Unterart.
66. Pol. 17/8 68.	Ernestine W. 27 J.	3. Entb., 1. mittelst Zange, 2. Frühgeburt	Platt. Cv.=3″ 1‴ = 8,3 cm. Prom. hochstehend.	Knabe.	1. Schieflage 2. Unterart.
67. Pol. 9/11 71.	Franziska Qu. 37 J.	6. Entb., 1mal Wendg., 1mal Zange.	Platt, rhachitisch. Cv.=3″ 1‴ = 8,3 cm. Prom. tiefstehend, vord. Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Mädchen.	2. Schieflage Vorfall des rechten Arm.
68. Pol. 9/5 71.	Henriette G. 40 J.	12. Entb., 4mal Abort, sonst stets operativ, einmal mit Perf. des nachfolg. Kopfes.	Platt. Cv. = 3″ = 8,1 cm.	Mädchen.	2. Schieflage 1. Unterart.
69. Pol. 2/4 67.	Anna St. 37 J.	3. Entb., 1. Zange: K. todt, 2. lange Geburtsdauer, normal.	Platt. Cv. = 3″ = 8,1 cm. Prom. tiefstehend.	Knabe.	2. Schieflage 2. Unterart.
70. Klin. 6/1 67.	Ernestine W. 24 J.	3. Entb., sonst normal.	Platt. Cv. = 3″ = 8,1 cm.	Knabe, Gw.6Pfd.28L. K. = 33,0 Sch. = 36,0 Qu. = 9,0	2. Schieflage Vorfall der N belschnur, de 1. Armes, de 1. Fusses.
71. Pol. 16/12 70.	Bertha H. 27 J.	3. Entb., 1. operativ? 2. Zange, K. todt.	Platt. Cv. = 3″ = 8,1 cm. Prom. sehr tief, vord. Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Knabe, gross.	2. Schieflage 2. Unterart, Vorfall einer Hand.

Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
?	vor 2 Std.	Wendg., Extr. verzögert durch schwieriges Lösen eines Armes (zwischen Kopf u. Symph.).	normal.	stirbt in partu.
8 Std.	vor 6 Std.	Wendg. leicht, Extr. des Kopfes mässig schwer.	normal.	tief asphyct., mit Mühe wiederbelebt.
etwa 8 Std.	Blase steht.	Sprengen der Blase, Wendg. leicht, Austreibung spontan.	Parametritis mit Genesung.	ante partum gestorben, macerirt.
über 8 Std.	seit Wehenbeginn.	Wendg. u. Extr. ziemlich leicht.	normal.	ante partum gestorben.
8 Std.	vor 10 Std.	Wendg., Extr. schwierig wegen Narbenstränge der Scheide in Folge früherer Geburtstraumen.	normal.	stirbt in partu.
2 Std.	vor 1 Std.	Wendg., Kind reitet auf Nabelschnur, Extr. des Steisses und des Kopfes durch Strictur des Muttermundes erschwert.	normal.	stirbt asphyct.
3 Std.	vor $2^1/_2$ Std.	Wendg. u. Extr., Kopf schwer aber schnell entwickelt.	normal.	stirbt in partu.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
72. Pol. 6/4 67.	Johanne Fr. 39 J.	5. Entb., 1. Zange: K. todt, 2. spontan: leb. klein. K., 3. Querlage: todtes K., 4. Querlage: leb. klein. K.	Platt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. tiefstehend.	Knabe, schwächlich.	2. Schieflage 1. Unterart.
73. Pol. 5/8 67.	Veronica L. 38 J.	5. Entb., 3 ersten spontan, 4. Steisslage: K. todt.	Platt. Cv. = fast 3″ = 8,0 cm. Prom. tiefstehend.	Knabe.	2. Schieflage 1. Unterart, Vorfall d. link Arms.
74. Pol. 5/9 70.	Johanne B. 41 J.	4. Entb., 2mal Zange, 1mal Wendg. u. Zange: K. todt, 1mal spontan, Kinder stets todt.	Platt, rhachitisch. Cv. = 2″ 10‴ = 7,6 cm.	Knabe.	2. Querlage 2. Unterart.
75. Pol. 28/8 68.	Christiane G. 25 J.	4. Entb., 2 ersten spontan, 3 mittelst Perfor.	Platt. Cv. = 2″ 10‴ = 7,6 cm.	Mädchen.	1. Schieflage 1. Unterart.
76. Pol. 18/10 67.	Elisabeth M. 37 J.	5. Entb., sonst spontan: schwächliche Kinder.	Platt. Cv. = 2″ 10‴ = 7,6 cm. Prom. tiefstehend.	Knabe.	2. Schieflage 1. Unterart Vorfall des linken Arms
77. Pol. 29/10 69.	Johanne R. 39 J.	7. Entb., 3 ersten: Fusslagen, K. todt, 4.: Frühgeb.: — todt, 5. u. 6.: Wendg. u. Extr. — todt.	Platt. Cv. = 2″ 10‴ = 7,6 cm. Prom. tief, vord. Beckenw. sehr steil u. hoch.	Mädchen, sehr stark.	2. Schieflage 1. Unterart.

Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
1 Std.	Wasser noch im Uterus	Wendg. auf einen Fuss, Lösung eines Armes (zwischen Kopf und Symph.) schwer, Kopf tritt schräg ein, schwierige Querstellung u. Extr.	normal.	stirbt in partu.
8½ Std.	vor 2½ Std.	Wendg. u. Extr. des Rumpfes leicht, Lösung der Arme und Entwicklung des Kopfes schwer.	normal.	tief asphyct., mit Mühe wiederbelebt.
?	?	Wendg. sehr schwer, sowohl wegen Enge des Eingangs als auch wegen Uteruscontraction, Extr. leicht.	collabirt in partu, stirbt nach 3 Tagen an Endometritis septica.	ante partum gestorben.
3 Std.	vor 12 Std.	Wendg. und Extr. bis zum Kopfe leicht, Entwicklung des Kopfes mässig schwer.	normal.	ante partum gestorben.
) Std.	vor 10 Std.	Wendg. auf beide Füsse leicht, Extraction des Kopfes schwer.	normal.	stirbt in partu.
Std.	vor ½ Std.	Wendg., Extr. bis zum Kopfe schwer, Entwicklung des Kopfes durch bedeutendes räumliches Missverhältniss enorm erschwert.	normal.	stirbt in partu.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
78. Klin. 29/11 65.	Auguste M. 23 J.	3. Entb.	Platt, rhachitisch. Cv. = 2″ 10‴ = 7,6 cm.	Knabe. Gw. 4 Pfd. 3 L. Künstl. Frühgeburt.	2. Schieflage mit Vorfall d. linken Hand.
79. Pol. 29/2 68.	Rosalie M. 37 J.	6. Entb., sonst langdauernd, spontan.	Platt. Cv.=2″9‴=7,4 cm.	Mädchen. ausgetragen, macerirt.	2. Schieflage 1. Unterart.
80. Pol. 18/3 68.	Caroline W. 38 J.	9. Entb., 2mal perf., 2mal künstl. Frühgeburt, 2mal Zange — todt.	Platt. Cv.=2″9‴=7,4 cm. Prom. hoch, sehr vorspringend, vord. Beckenw. steil.	Knabe. K. = 39,0 Sch. = 43,0 Bit. Qu.= 9,0 Bip. Qu.=10,5	1. Schieflage 1. Unterart.
81. Pol. 3/3 71.	Johanna W. 34 J.	3. Entb., 1. langdauernd, normal, 2. langdauernd, spontan, todte Frucht.	Platt. Cv.=2″9‴=7,4 cm. Prom. tiefstehend, vord. Beckenw. mittelhoch, gut geneigt.	Knabe.	2. Schieflage 1. Unterart, Vorfall d. link Armes und d Nabelschnur
82. Klin. 19/7 68.	Ernestine J. 28 J.	4. Entb., 2. normal, 3. Schädellage, Zange, Kind vor der Geb. gestorb.	Platt. Cv.=2″9‴=7,4 cm. Prom. sehr hoch, vord. Beckenw. hoch und steil.	Knabe. Gw. 6 Pfd. 9 L. K. = 32,0 Sch. = 34,0 Qu. = 9,0	1. Schieflage mit Vorfall d Nabelschnur u eines Armes.
83. Pol. 6/3 67.	J. G. 34 J.	4. Entb., 1. normal, 2. Querlage, Wendg., K. todt, 3. Zange, todt.	Platt. Cv.=2″9‴=7,4 cm. Prom. tiefstehend.	Mädchen.	1. Schieflage 2. Unterart.
84. Pol. 28/4 68.	Auguste N. 30 J.	5. Entb., 3 spontan, 4. Querlage.	Platt. Cv.=2″8‴=7,2 cm.	Mädchen. K. = 34,0 Sch. = 34,0	1. Schieflage 1. Unterart, Vorfall des rec ten Arms.

Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
?	vor 24 Std.	Wendg. auf einen Fuss, Extr. des Rumpfes leicht, Kopf manuell nicht zu entwickeln; während man zur Perfor. schreitet, wird der Kopf durch die Wehen allein ausgetrieben.	normal.	ante partum gestorben.
Std.	vor $1^1/_2$ Std.	Wendg. u. Extr. ziemlich leicht.	normal.	ante partum gestorben.
?	?	Wendg. u. Extr. bis zum Kopf leicht, Kopf erst nach Perfor. entwickelt.	normal.	perforirt.
Std.	vor 3 Std.	Wendg., Austreibung des Rumpfes spontan, Extr. des Kopfes mässig schwer.	Pelve-peritonitis, Heilung.	leicht asphyct., wieder-belebt.
Std.	vor 5 Std.	Wendg. bei nicht ganz eröffnetem Muttermunde, Extr. des Kopfes schwer.	normal.	stirbt in partu.
Std.	vor 6 Std.	Wendg. u. Extr., Lösen der Arme u. Entwicklung des Kopfes schwer.	normal.	stirbt in partu.
Std.	vor 2 Std.	Wendg., Extr. unter Mitwirkung kräftiger Wehen leicht.	normal.	normal.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
85. Pol. 5/1 68.	Susanna R. 35 J.	7. Entb., 3 ersten spontan, langdauernd, 4. Nabelschnurvorfall — todt, 5. Kopflage — todt, 6. Vorfall einer Hand — lebend.	Platt. Cv.=2″8‴=7,2 cm. D. Sp. = 24,0 D. Cr. = 23,5	Knabe von normaler Grösse.	2. Schieflage 2. Unterart Vorfall der belschnur u. rechten Arm
86. Pol. 16/2 68.	Selma Sch. 40 J.	10. Entb., sonst stets spontan nach 4-5stündiger Geburtsdauer	Platt. Cv.=2″8‴=7,2 cm. Prom. sehr tief.	Knabe, kräftig. K. = 36,0 Sch. = 35,0	1. Querlage 1. Unterart
87. Pol. 20/11 69.	Auguste P. 36 J.	5. Entb., sonst langdauernd, spontan.	Platt asymmetrisch. Cv.=3″2‴=8,5 cm. D. Sp. = 25,5 D. Cr. = 25,0 Prom. hoch, etwas nach links deviirt, vord. Beckenw. hoch.	Knabe, sehr kräftig. Gew. 8 Pfd.	1. Schieflage 2. Unterart
88. Pol. 17/8 67.	Rosalie H. 26 J.	2. Entb., 1.: macerirtes Kind.	Trichterförmig allgemein verengtes Becken. (Die Enge erst während der Geburt erkannt.)	Mädchen.	2. Schieflage 2. Unterart mit Vorfall d Nabelschnur u des l. Arme
89. Pol. 30/10 67.	Emilie H. 23 J.	1. Entb.	Gleichmässig allgemein verengt. Cv.=3″5‴=9,2 cm.	Knabe, nicht kräftig.	1. Schieflage 2. Unterart
90. Pol. 30/3 70.	Pauline P. 24 J.	3. Entb., 1. langdauernd, 2. Frühgeb.	Allgemein verengt. Cv.=3″4‴=9,0 cm. Prom. sehr hoch, vord. Beckenw. hoch u. steil.	Knabe, Frühgeburt von 25 Wochen.	1. Schieflage 2. Unterart

Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
Std.	vor $1^1/_2$ Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Entwicklung des Kopfes mässig schwer.	normal.	ante partum gestorben.
Std.	?	Wendg. auf einen Fuss leicht, Austreibung d. Rumpfes (Rücken hinten) spontan, Arme schwer zu lösen, Kopf mit nach vorn gekehrtem Gesichte extrahirt.	normal.	stirbt in partu.
2 Std.	vor 4 Std.	Wendg. leicht, Sinken des Fötalpulses, Entwicklung des Kopfes sehr schwer wegen Enge des Eingangs.	normal.	stirbt asphyct. Tiefe Impression u. Fissur am Schädel.
?	vor 2 Std.	Wendg. schwierig wegen Hängebauch und Lage der Füsse nach vorn, Extraction durch Enge des Ausgangs und Contraction des Uterus erschwert.	normal.	ante partum gestorben.
$9^1/_2$ Std.	vor $1^1/_2$ Std.	Erfassen der nach vorn gekehrten Füsse schwierig, Extraction durch Strictur des Muttermundes und noch mehr durch engen Scheideneingang verzögert, daher Application der Zange.	normal.	stirbt in partu.
Std.	vor 3 Std.	Wendg. u. Extr. durch Strictur des innern Muttermundes erschwert.	normal.	ante partum gestorben.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
91. Pol. 12/7 68.	Albertine B. 35 J.	5. Entb., sonst spontan.	Gleichmässig allgemein verengt. Cv.=3″ 2‴ = 8,5 cm.	Mädchen.	2. Schieflage 2. Unterart
92. Pol. 7/5 68.	Marie Sch. 30 J.	2. Entb., 1. mittelst Zange, weil Kopflange im Ausgang stand.	Gleichmässig allgemein verengt. Cv.=3″ 2‴ = 8,5 cm.	Knabe, ziemlich kräftig.	2. Schieflage 2. Unterart
93. Klin. 6/12 67.	Marie S. 24 J.	1. Entb.	Platt, wahrscheinlich allgemein verengt. Cv.=2″ 10‴ = 7,6 cm. D. Sp. = 19,5 D. Cr. = 24,0 Dopp. Prom., 1. sehr hoch, 2. tief, vord. Wand hoch, steil.	Knabe. Gw. 6 Pfd. 14 L. K. = 36,0 Sch. = 34,0 Qu. = 9,5	1. Schieflage

IV. Becke

94. Pol. 16/7 69.	Rosina R. 34 J.	7. Entb., 2mal Zange, 1mal Wendg., sonst spontan.	Platt. Doppeltes Prom. C. d. zum 1. = 12,0 zum 2. = 10,5 Vord. Beckenw. hoch u. steil.	Knabe.	1. Steisslage 2. Unterart.
95. Pol. 31/12 67.	Minna K. 34 J.	7. Entb., 5 spontan, 1 mit Zange.	Platt. Cv.=3″ 2‴ = 8,5 cm.	Knabe, kräftig.	1. Steisslage
96. Klin. 15/12 69.	Helene F.	1. Entb., Kyphotische Person.	Platt. Cv.=3″ 2‴ = 8,5 cm. D. Sp. = 25,0 D. Cr. = 22,0 Kreuzbein enorm breit, fast senkrecht.	Knabe. Gw. 5 Pfd. 6 L. K. = 33,0 Sch. = 35,0 Qu. = 8,5	1. Steisslage

Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
?	vor 27 Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Kopf wegen Beckenenge schwer extrahirt.	normal.	tief asphyct., wiederbelebt.
6 Std.	vor 13 Std.	Wendg. u. Extr. bis zum Kopfe leicht, Kopf muss wegen Enge des Ausgangs mit Zange entwickelt werden.	normal.	asphyct., wiederbelebt.
2 Std.	vor 1 Std.	Wendg. auf beide Füsse und Extr. des Rumpfes leicht, die Beckenenge erschwert die Entwicklung des Kopfes sehr, durch die enge Rinne gelingt sie erst nach tiefen seitlichen Incisionen.	Endometritis, Endocolpitis diphth. Genesung.	stirbt in partu. Splitterbruch an der linken Hinterhauptsschuppe.

ndenlagen.

etwa 0 Std.	vor $2^1/_2$ Std.	Rumpf spontan ausgetrieben, Schultern und Kopf leicht entwickelt.	normal.	ante partum gestorben.
2 Std.	vor 11 Std.	Austreibung bis zum Kopfe spontan, Kopf leicht entwickelt.	normal.	ante partum gestorben.
?	vor langer Zeit.	Extraction docendi causa, leicht u. schnell.	Parametritis, Oberschenkelabscesse. Ins Hospital transferirt, Ausgang unbekannt.	tief asphyct., mit Mühe wiederbelebt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
97. Klin. 9/2 68.	Johanne R. 22 J.	2. Entb., 1. normal, kleines Kind.	Platt. Cv. = 3" 1—2"' = 8,3 cm. Prom. sehr tief, vord. Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Mädchen. Gw. 4 Pfd. 22 L. K. = 32,0 Sch. = 30,0 Qu. = 8,0	2. unvollkommene Fusslage.
98. Pol. 29/4 71.	Caroline W. 32 J.	1. Entb.	Platt, rhachitisch. Cv. = 3" 2"' = 8,5 cm. Prom. tiefstehend, vord. Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Knabe.	1. Steisslage 1. Unterart.
99. Pol. 24/11 67.	Anna H. 33 J.	4. Entb., sonst normal.	Platt. Cv. = 3" 1"' = 8,3 cm, Prom. tiefstehend.	Knabe.	2. Knielage.
100. Pol. 4/9 68.	Caroline W. 31 J.	1. Entb.	Platt. Cv. = 3" 1"' = 8,3 cm.	Mädchen. K. = 34,0 Sch. = 34,0	1. Fusslage.
101. Pol. 12/4 68.	Beate H. 30 J.	1. Entb.	Platt. Cv. = 3" 1"' = 8,3 cm.	Mädchen.	2. Steisslage.
102. Pol. 11/3 67.	Caroline B. 23 J.	1. Entb.	Platt. Cv. = 3" 8" = 1 cm. Prom. tiefstehend.	Mädchen, sehr entwickelt.	2. Steisslage.
103. Klin. 2/2 72.	Clara P. 27 J.	3. Entb., 1. Perf. u. Hakenextr., 2. künstl. Frühgeburt: kleines Kind, leichte Geb.	Platt, rhachitisch. Cv. = fast 3" = 8,0 cm. Prom. tief, scharf vorspringend, vord. Beckenw. ziemlich steil.	Mädchen. Gw. 4 Pfd. 15 L. K. = 33,0 Sch. = 34,0 Qu. = 9,5 Künstl. Frühgeburt.	1. Steisslage 1. Unterart.
104. Klin. 30/1 71.	Louise B. 22 J.	1. Entb.	Platt. Cv. = 2" 11"' = 7,8 cm. Prom. tiefstehend, scharf vorragend, vord. Beckenw. niedrig, gut geneigt.	Knabe. Gw. 6 Pfd. 10 L. K. = 36,0 Sch. = 37,0 Qu. = 10,0	1. unvollkommene Fusslage

Geburts-dauer.	Blasen-sprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
) Std.	eben er-folgt.	Austreibung bis zum Nabel spontan; wegen starker Spannung der mehrfach umschlungenen Nabelschnur Extraction: leicht.	normal.	asphyct., wieder-belebt.
2 Std.	?	Wegen Sinken des Fötalpulses Extr.; dieselbe sehr schwierig, beide Arme heraufgeschlagen.	normal.	normal.
3 Std.	Blase steht.	Nachdem wegen Wehenschwäche die Blase gesprengt worden, wird ein Fuss herabgeleitet, weiterer Verlauf spontan und leicht.	normal.	normal.
2 Std.	vor $3^1/_2$ Std.	Austreibung bis zu den Schultern normal, die darauf folgende Extr. leicht.	normal.	normal.
über Tage.	?	Extr. des Kopfes wegen Wehenschwäche durch den Eingang leicht, breiter Damm macht Zangenentwicklung nothwendig.	normal.	tief asphyct., wieder-belebt.
etwa 6 Std.	vor 10 Std.	Nach Austritt des Steisses wegen Enge des Beckens Extr., schwieriges Lösen der Arme, Kopf wegen Enge des Eingangs und Strictur des Muttermundes schwer entwickelt.	normal.	stirbt in partu.
$19^1/_2$ Std.	eben er-folgt.	Nach Durchtritt des Steisses wegen Verlangsamung des Nabelschnurpulses Extr., dieselbe sehr leicht.	leichte Erkrankung mit Genesung.	asph., wieder-belebt, stirbt bald darauf an Atelektase der Lunge.
Std.	vor 2 Std.	Extr. des Rumpfes leicht, des Kopfes wegen Enge schwer.	normal.	leicht asphyct., wieder-belebt.

Nummer.	Name und Alter.	Anamnese.	Becken.	Kind.	Lage.
105. Pol. 6/10 71.	Bertha S. 26 J.	1. Entb.	Platt, rhachitisch. Cv. = 2″ 11‴ = 7,75 cm. Dopp. Prom., wahres hoch, vord. Beckenw. hoch u. steil.	Mädchen.	1. Unterart 2. vollkomme Fusslage.
106. Pol. 12/6 69.	Anna W. 24 J.	6. Entb., sonst stets langdauernd.	Gleichmässig allgemein verengt. Cv. = 3″ = 8,0 cm. Prom. sehr hoch, spitz vorragend, vord. Beckenw. hoch u. steil.	Knabe.	1. Steisslage 2. Unterart.
107. Klin. 14/12 71.	Anna N. 27 J.	2. Entb., 1. mit Zange.	Rhachitisch, platt, allgemein verengt. Cv. = 2″ 8‴ = 7,2 cm.	Mädchen. Gw. 4 Pfd. 10 L. K. = 32,0 Sch. = 32,0 Qu. = 9,0 Künstl. Frühgeburt.	2. Steisslage
108. Klin. 66/67.	Ernestine S. 28 J.	1. Entb. (Vgl. Nr. 52.)	Coxalgisch asymmetrisch rechtsseitig u. allgemein verengt.	Mädchen. Gw. 5 Pfd. 7 L. K. — 32,0 Sch. = 33,0 Künstl. Frühgeburt.	2. Steisslage

Geburtsdauer.	Blasensprung.	Verlauf.	Ausgang für	
			Mutter.	Kind.
7 Std.	eben erfolgt.	Da Mutter fiebert, der Steiss nicht eintritt, so wird extr. Die Entwicklung ist schwierig, bes. die Lösung der heraufgeschlagenen Arme. Kind reitet auf Nabelschnur.	normal.	stirbt asphyct. Tiefe Impression am Schädel.
4 Std.	vor 4 Std.	Ungeschickte Extr. von Seiten des Praktikanten: Rumpf zu schnell, Kopf zu langsam entwickelt.	normal.	stirbt asphyct.
2½ Std.	—	Wegen Sistirung des Fötalpulses Extr. leicht und schnell.	normal.	normal.
—	eben erfolgt.	Nach Durchtritt des Steisses mässig schwere Extr.: Kopf tritt im zweiten schrägen Durchmesser durch den Eingang, Rücken vorn.	normal.	stirbt asphyct.

Facit

sämmtlicher Fälle von Wendung auf die Füsse bei engem Becken.

Es wurde gewendet und mit zwei Ausnahmen extrahirt in 93 Fällen, davon waren in 34 die Kinder lebend geboren, in 39 starben sie während oder bald nach der Geburt, 20 Früchte waren vorher abgestorben, 2mal musste der Kopf behufs Vollendung der Umdrehung perforirt werden, 7mal wurde die Perforation des nachfolgenden Kopfes nothwendig, 1mal wurde letzterer mittelst des scharfen Hakens, 2mal mittelst der Kopfzange extrahirt.

Mütter starben bald nach der Geburt 15, die meisten in Folge von Complicationen, wie Uterusruptur, Placenta profunda und Metrorrhagie, Nephritis, Pneumonie u. a., dreimal anscheinend nur in Folge sehr schwieriger manueller Extraction, ausserdem machten 8 Mütter Wochenbettkrankheiten durch, die sich sämmtlich auf Complicationen zurückführen lassen.

Nach den Indicationen vertheilen sich in Bezug auf den Ausgang die Wendungsfälle folgendermassen:

1. Kopflagen ohne Complication (wegen andauernd ungünstiger Kopfstellung): 16, darunter 7 Kinder lebend, 9 in Folge der Geburt gestorben.
2. Kopflagen mit Complication (18mal wegen Vorfall der Nabelschnur oder kleiner Theile, 18mal wegen Erkrankung der Mutter): 36, davon 15 Kinder lebend, 14 in Folge der Geburt, 7 vorher gestorben.
3. Quer- und Schieflagen: 41, davon 12 lebend, 16 in Folge der Geburt und 13 vorher gestorben.

Nach der Art und dem Grade der Beckenenge vertheilen sich die Fälle in folgender Weise:

I. Gradverengte Becken:

74, davon 29 lebend geboren, 29 in Folge der Geburt, 16 vorher gestorben.

a. Cv. = 3″ 4—6‴: 12, davon 8 lebend geboren, 4 vorher gestorben.

b. Cv. = 3″—3″3‴: 33, davon 10 lebend, 17 in Folge der Geburt, 6 vorher gestorben.

c. Cv. = 2″6‴—3″ (excl.): 29, davon 11 lebend geboren, 12 in Folge der Geburt, 6 vorher gestorben.

Die Kindesgrösse verhielt sich folgendermassen:

a. Cv. = 3″4—6‴: unter 8 lebend geborenen sind 4 grössere, 1 mittelgrosses, 1 kleines Kind.

b. Cv. = 3″—3‴: Unter 10 lebend geborenen sind 3 grössere, 3 mittelgrosse Kinder; — unter 17 in Folge der Geburt gestorbenen sind 8 grössere, 1 mittelgrosses, 1 kleineres Kind.

c. Cv. unter 3″: unter 11 lebenden sind 2 grössere, 2 mittelgrosse, 3 kleinere; — unter 12 in Folge der Geburt gestorbenen sind 6 grössere, 1 mittelgrosses, 2 kleinere Kinder.

II. Allgemein gleichmässig zu enge Becken:

4 (Quer- und Schieflagen), davon 2 lebend geboren, 1 in Folge der Geburt, 1 vorher gestorben. Von den beiden lebenden war ein Kind mittelgross.

III. Trichterförmig verengte Becken:

1 (Schieflage) vor der Geburt gestorben.

IV. Allgemein, vorzugsweise gradverengte Becken:

9 (2 Kopflagen ohne Complic., 6 mit Complic., 1 Schieflage), davon 1 lebend geboren, 7 in Folge der Geburt, 1 vorher gestorben. Das lebendgeborene Kind gehörte zu den kleineren.

V. Asymmetrische Becken:

5 (1 Kopflage ohne Complic., 3 mit Complic., 1 Schieflage), darunter 2 coxalgisch schrägverengte, 3 platte asymmetrisch. Von den Kindern wurde bei ersteren 1 lebend geboren (künstliche Frühgeburt), 1 wurde perforirt; bei den letzteren wurde 1 lebend geboren, 1 starb während der Operation, 1 vor der Geburt.

Die Beckenendenlagen

ergeben folgendes Resultat:

Bei 15 Geburten wurden 8 Kinder lebend geboren, 5 starben während oder bald nach der Geburt, 2 vorher. Einmal wurde die Extraction des Kopfes mittelst der Zange nothwendig. Von den Müttern starb eine nach einer leichten Geburt (künstliche Frühgeburt) an Endometritis septica.

Nach der Beckenform vertheilen sich die Resultate in folgender Weise:

I. Gradverengte B.: 12 Geburten, in 7 wurden die Kinder lebend, in 3 sterbend geboren, 2 waren vorher abgestorben.

a. Cv. 3‴4—6‴: 1 vor der Geburt gestorben.

b. Cv. 3″—3″3‴: 8, davon 6 lebend, 1 in Folge der Geburt, 1 vorher gestorben.

c. Cv. unter 3″: 3, davon 1 lebend, 2 in Folge der Geburt gestorben.

II. Gleichmässig allgemein zu enge B.: 1 während der Geburt gestorben.

III. Allgemein vorzugsweise gradverengte B.: 1 lebend geboren (kleine Frucht).

IV. Asymmetrische B.: 1 (coxalgisch schrägverengt), das Kind starb in Folge der Geburt.

Bevor wir daran gehen, aus dem Ergebniss der Wendung und Extraction Schlüsse zu ziehen, müssen wir uns den Einfluss mancher Complicationen auf den Verlauf und den Ausgang klar machen, da man uns sonst einwenden könnte, der Erfolg sei durch Nebenumstände wesentlich modificirt und darum nicht zu verwerthen.

Dass eine Frucht mit Vorfall der Nabelschnur oder in Schieflage eine schlechtere Prognose hat als eine andere unter sonst gleichen, aber nicht complicirten Verhältnissen, ist ganz selbstverständlich. Wenn jedoch beim Beginne der Wendung ein normaler Fötalpuls constatirt worden, so müssen wir den Ausgang einzig und allein aus dem Operationsverlauf erklären. Um die einzelnen Complicationen, welche das Ergebniss hätten

verschlimmern können, durchzugehen, so hat zwar irreponibler Vorfall der Nabelschnur 18mal die Wendung indicirt, 13mal jedoch mit glücklichem Erfolge, nur 5 der Früchte fanden ihren Tod, sämmtlich während einer mühsamen Extraction. Ferner könnte man uns beschuldigen, in zahlreichen Fällen viel zu spät, nachdem das Fruchtwasser schon lange abgeflossen, operirt zu haben, zu einer Zeit, wo die Manipulation im wasserleeren tetanisirten Uterus Mutter und Kind direct und indirect während der Extraction geschädigt hätte. In wie weit dies für die Mutter zutrifft, werden wir im weiteren Verlauf dieser Abhandlung würdigen; die Frucht könnte dadurch höchstens in zwei Fällen zu Grunde gegangen sein (S. Nr. 46, 61). Die Alteration, die hierdurch das Gesammtresultat erfährt, ist von geringer Bedeutung.

Um nunmehr die Chancen für die Frucht bei Geburten mit vorangehendem Kopfe gegenüber den mittelst Wendung und Extraction beendeten überblicken zu können, stelle ich in folgender Tabelle sämmtliche Fälle von Kopfgeburten bei Beckenge, sowohl die exspectativ als die operativ behandelten zusammen.

Becken.	Gesammtzahl.	spontan			Zange.			Perforation.
		Zahl der Fälle.	davon leb.	davon todt.	Zahl der Fälle.	davon leb.	davon todt.	
Gradverengt.								
Cv. 3″ 4—6‴	67	60	52	8	7	5	2	—
Cv. 3″—3″3‴	157	121	99	22	19	13	6	17
Cv. 2″6‴—3‴	43	25	19	6	7	4	3	11
Summa	267	206	170	36	33	22	11	28
Allg. gleichmässig verengt.	31	14	11	3	12	9	3	5
Trichterförmig verengt.	7	3	2	1	3	3	—	1
Allgem. zu eng platt.	11	6	5	1	1	1	—	4
Asymmetrisch.	6	4	4	—	1	1	—	1
Total-Summe.	322	233	192	41	50	36	14	39

Werfen wir einen vergleichenden Blick auf die Statistik der Wendung, so zeigt sich ein auffälliger Vortheil zu Gunsten der Geburten mit vorangehendem Kopfe und zwar durchgehends für jede Beckenart. Uns bleibt demnach trotz der 11 Kinder, welche Schroeder und Hoening unter 14 Wendungen gerettet haben, kein Zweifel, dass wir in Rücksicht auf die Erhaltung der Frucht kaum jemals prophylactisch wenden werden.

Unter den Beckenformen sind es hauptsächlich die allgemein verengten jeder Art, welche sich zur Wendung am wenigsten eignen. Es wird dies von den Autoren mit ziemlicher Uebereinstimmung, selbst von Seiten der eifrigsten Vertheidiger der Wendung zugestanden. Unsere bezüglichen Erfolge sind ebenfalls nicht dazu angethan, diesen Erfahrungssatz umzustossen. Das ungünstigte Resultat ergab die Wendung bei allgemein vorzugsweise gradverengten Becken: unter 8 Fällen einen einzigen glücklichen Ausgang! Der Grund der Unzulässigkeit der Wendung bei diesen Beckenformen wird in den Lehrbüchern genügend erörtet.

Die nur in der Conjugata verengten Becken geben die relativ beste Prognose.

Was das asymmetrische Becken betrifft, so sind wir noch nicht im Stande, zur Frage der Wendung Stellung zu nehmen. Soviel ist sicher, das wegen der geringen Dimension der Distantia sacro cotyloidea der engern Seite derjenige Theil des Beckens, welcher von ihr nach aussen liegt, für den Durchtritt des Kopfes als nicht existirend zu betrachten ist, dass demnach der längere schräge Durchmesser zur Förderung des Geburtsvorganges nichts beiträgt. — Zur Illustrirung der Martin'schen Indication, wonach bei schrägverengtem Becken die Wendung zu empfehlen sei, sobald der Kopf der engeren Beckenhälfte aufliegt, weil man es in der Hand habe, den dicken Hinterkopf durch den weiteren Beckenraum zu leiten, mögen folgende Fälle der vorliegenden Sammlung dienen:

In Nr. 50 steht der Kopf in ungünstiger Stellung auf der weiteren Beckenhälfte, passirt bei der Extraction denselben

Beckenraum, die Pfeilnaht im kürzeren schrägen Durchmesser, Stirn vorn, Occiput hinten. Ferner 52: Vor der Wendung steht der Kopf auf der engeren Beckenhälfte, Pfeilnaht zwischen querem und kürzerem schrägem Durchmesser, Rücken nach vorn; nach der Wendung geht er genau durch den kürzeren schrägen Durchmesser, wiederum Hinterhaupt nach vorn gerichtet. Bei einer vorausgegangenen Steissgeburt derselben Frau war der Kopf ebenso durchgetreten, und bei einer späteren spontanen Kopfgeburt passirte der Schädel den Eingang in derselben Weise.

Wenn uns die Vergleichung der Statistik auf die Seite der Gegner der prophylactischen Wendung drängt, so könnte uns vielleicht das Ergebniss der Anamnese eines Anderen belehren. In der That treffen wir gleich in Nr. 7 auf einen Fall, wo eine Frau von einem sehr kräftigen Knaben durch Wendung und Extraction leicht und glücklich entbunden wird, nachdem eine vorausgegangene Schädelgeburt nur durch Perforation hat beendet werden können. Ebenso spricht Nr. 46 zu Gunsten der Wendung: während hier eine mehrtägige Geburtsarbeit nicht einmal den Kopf auf dem Eingang zu fixiren vermochte, wird die Frucht nach vollbrachter Wendung spontan ausgetrieben. Vielleicht lässt sich auch Fall 4 heranziehen. Es handelt sich daselbst um ein enorm grosses Kind, welches durch ein stark verengtes Becken sehr leicht extrahirt wurde. — Diesen Fällen gegenüber ist Nr. 10 anzuführen: Eine Primipara kann daselbst erst nach Perforation des nachfolgenden Kopfes mit Mühe entbunden werden, während zwei Jahre darauf eine spontane Schädelgeburt einen sehr grossen lebenden Knaben ergiebt.

Diese widersprechenden Resultate tragen also zur Lösung unserer Frage nichts bei, lehren nur, wie jeder einzelne Fall individuell behandelt sein will. Einen Theil derartiger merkwürdiger Beobachtungen will übrigens Martin durch unbemerkt gebliebene Asymmetrie des Beckens erklären.

In unserer bisherigen Erörterung haben wir den Ausgang für die Mutter, welcher von den Vorkämpfern der Wendung so sehr betont wird, ausser Acht gelassen. Ist in der That die spontane Geburt mit zögernder Einstellung des Kopfes für die Kreissende mit so grossen Gefahren verknüpft, dass um ihretwillen die Entbindung beschleunigt werden muss? Auch darüber ertheilen die Breslauer Geburtsjournale Auskunft. Abstrahiren wir von vornherein von den schlimmen Folgen der Perforation mit nachfolgender schwieriger Extraction — denn sie treffen ebenso die Geburten mit nachfolgendem Kopfe wie die Kopfgeburten —, so finden wir unter 193 spontanen Geburten mit vorangehendem Kopfe 10 Fälle, die mit tödtlicher Erkrankung der Mutter enden, ausserdem 22 Wochenbettkrankheiten. Sicherlich ist ein grosser Theil davon, wenn ich es auch nicht mit Zahlen belegen kann, nicht der Schwierigkeit der Entbindung zuzuschreiben, manche waren die Folge puerperaler Infection; viele dieser Geburten mit unglücklichem Ausgange sind anscheinend so glücklich verlaufen, als man nur von der Wendung, wenn man für dieselbe begeistert ist, rühmen kann.

Also auch die so sehr urgirte Rücksicht auf die Mutter ist es nicht, welche uns bei jeder Geburtszögerung ohne Weiteres aus der abwartenden Haltung herausnöthigen wird, um vielleicht eines Schreckbildes wegen ein Kindesleben aufs Spiel zu setzen. —

Es könnte Jemand auf den Gedanken kommen, uns mit den eigenen Waffen schlagen zu wollen, und verwiese auf die 18 Fälle dieser Sammlung, in denen Erkrankung der Mutter zur Wendung zwang, einigemal ersichtlich mit üblen Folgen im Geburtsverlauf oder Puerperium. Gehen wir die angezogenen Fälle durch, so zeigt sich vorerst, dass nur 11 derselben mit einem vor langer Zeit erfolgten Blasensprung — worauf es doch nur ankommen könnte — zusammentreffen, während 18 andere Fälle von später Operation (durchschnittlich 20 Stunden nach dem Wasserabgang, das Mittel aus 10—48 Stunden) ohne weitere Folgen blieben; ferner zeigt sich, dass von jenen 11 nur 5 mit Wochenbettkrankheiten einhergingen,

während die anderen 6 ein normales Puerperium hinterliessen. Ausserdem möchte ich noch einen anderen Umstand zu bedenken geben: Mit Ausnahme zweier Fälle kamen sämmtliche Erkrankungen intra partum in der Poliklinik vor; wie oft wird da nicht der Arzt nur als letzter Nothhelfer zu einer bereits erkrankten Kreissenden gerufen, welche so häufig den widrigsten antihygienischen Einflüssen des Proletariats unterworfen ist? Diese Erwägung, sowie die Beobachtung, dass die beiden in der stationären Klinik während der Entbindung erkrankten Frauen ein normales Puerperium hatten, lassen hoffen, dass der achtsame Geburtshelfer, zur rechten Zeit ans Kreissbett gerufen, schon den geeigneten Moment finden wird, wo eine Veränderung im Allgemeinbefinden der Mutter oder im Zustande des Uterus ihn zum Einschreiten auffordert. —

Die unberechenbare und zum Glück höchst seltene Eventualität einer Uterusruptur wird wohl niemals unser Handeln beeinflussen.

Trotz alledem können wir uns den Fall denken, dass die zögernde Einstellung des Kopfes durch ein Moment begründet wird, welches die Gefahr für Mutter und Kind in greifbare Nähe führt, und wo Abwarten nach menschlicher Berechnung vom Uebel wäre. In der That gibt es einen solchen Fall, und wir begegnen ihm sehr oft auch in dieser Sammlung von Wendungsfällen. Ich meine die abnorme Deviation des Kopfes nach der vorderen oder hinteren Beckenwand zu, die sogenannte vordere und hintere Scheitelbeinlage. Letztere, durch eine hohe, steile, vordere Beckenwand und ein tiefstehendes Promontorium, besonders bei hochgradig in der Conjugata verengten Becken verursacht, ist nicht nur eine für den Fortschritt der Geburt höchst hinderliche Kopfstellung, sondern ausserdem mit drohenden deletären Folgen für die Mutter verknüpft. Während das flachaufliegende hintere Scheitelbein tiefer ins Becken rückt, vermag die vordere Partie, von der steilen Symphyse zurückgehalten, nicht zu folgen. Um nachzurücken, was ohnehin selten geschehen mag, müsste das vordere Scheitelbein sich mit zermalmender Kraft zum Schaden des Kindes, zum Unheil der Mutter herabwälzen.

Hier wird es gebieterische Pflicht, mit den Mitteln der Kunst einzuschreiten, und das beste Mittel, um eine ungünstige Lage zu ändern, ist, wenn sonst die Bedingungen erfüllt sind, die Wendung, aber nur bei Ausschluss allgemeiner Beckenenge. — Nicht so gefährlich, immerhin bedenklich, ist die vordere Scheitelbeinlage, wo ein hochstehendes Promontorium bei flacher vorderer Beckenwand den Kopf, in einem nach hinten offenen Winkel gegen den Rumpf geknickt, zurückhält, so dass der untersuchende Finger das vordere Scheitelbein flach dem Becken aufliegend fühlt und vor der Schamfuge ein Ohr erreicht. Aus der Uebertreibung einer für die anfängliche Schädeleinstellung beim platten Becken fast physiologischen Erscheinung, der Naegele'schen Obliquität hervorgegangen, bietet sie immer mehr Chancen, dass der Kopf an der abschüssigen hinteren Beckenwand herabgleiten und so die Enge überwinden werde. Bei längerem Verharren in dieser Stellung wird es auch hier nothwendig, um den continuirlichen partiellen Druck zu beseitigen und die Geburt in Gang zu bringen, die Wendung vorzunehmen. In der Würdigung dieser Verhältnisse waren es zumeist diese Stellungen, welche die uncomplicirten Wendungen indicirten, zum grössten Theil wurden daher letztere bei stehender Blase oder nicht lange nach dem Wasserabgange ausgeführt. Dieselben Becken übrigens, welche die Deviation des Kopfes nach vorn begünstigen, disponiren dazu, dem Schädel die Spuren des zurückgelegten Weges nicht nur dem Vorberg, sondern auch der Schamfuge entsprechend in Form von Impressionen und Infractionen aufzuprägen. (Vgl. Nr. 6, 13).

Einer Erörterung bedürftig sind noch zwei Indicationen, welche Schröder in seinem Lehrbuche der Geburtshülfe aufstellt. Gestützt auf seine glückliche Wendungspraxis, überzeugt von der Allgemeingültigkeit seiner Erfahrung, hält er es für höchst rationell, bei Gesichts-, Stirnlagen, Vorfall kleiner Theile, besonders der Nabelschnur, ohne Weiteres zu wenden. Dem entgegen weist bei engem Becken die Breslauer Praxis 8 Fälle auf, wo nach Reposition der Nabelschnur die Kinder spontan lebend zur Welt kamen; ferner einen

Fall, wo der Kopf bereits in der Beckenhöhle stand, weder Reposition noch Wendung möglich war, und die Frucht mit der Zange lebend extrahirt wurde; nur einmal starb die Frucht nach gelungener Reposition vor der übrigens spontanen Austreibung. Ferner wurde dreimal mit Glück die vorgefallene Hand reponirt. —

Ebensowenig stichhaltig ist die von der Gesichtslage hergenommene Indication. Es kamen in Breslau vor:

Bei platten Becken Cv. 3″ 4—6‴: 3 Gesichtslagen, spontan, lebend; Cv. 3″—3″ 3‴: 10 Gesichtslagen, davon 6 spontan, lebend, 1 spontan, sterbend, 1 mittelst Zange lebend, zweimal Perforation; ferner 3 Stirnlagen, davon 1 mittelst Zange, lebend, 2 mittelst Perforation. Bei plattem allgemein verengtem Becken Cv. 3″—3″ 3‴: 2 Gesichtslagen, beide spontan, todt.

Die Wendung wurde in 7 Fällen wegen dringender Indication vorgenommen, 5 mal mit unglücklichem Erfolge.

Nachdem wir die Grenzen der Wendung gegen die exspectative Behandlung hin festgestellt haben, bleibt uns noch übrig, die Alternative von Wendung und Zange zu besprechen.

Hätten sich die Grundsätze über die Vorbedingungen der Zangenapplication, wie sie schon Stein d. J. aufstellte, wie sie Prof. Spiegelberg seit Jahren so eindringlich lehrt, Schroeder in seinem Handbuche der Geburtshülfe so überzeugend auseinandersetzt, allgemeine Geltung verschafft, dann wäre eine solche Collision von Zange und Wendung nicht möglich. So lange aber noch in manchen Handbüchern das enge Becken als besonders die Anlegung der Zange indicirend hingestellt wird, so lange man einen Kopf zangengerecht nennt, der noch über der Enge stehend sich immerhin von den Zangenblättern fassen lässt, so lange kann nicht genug auf das Gefährliche dieses Grundsatzes hingewiesen werden. Was sich dagegen durch einen zweckmässigen Gebrauch der Zange bei engem Becken, nämlich wenn der Kopf die Enge überwunden hat oder wenigstens fest in der Beckenhöhle steht, erreichen lässt, lehrt uns ein Hinblick auf die obige Tabelle: 50 Extractionen mit der Zange, 36 Kinder

lebend, 14 todt; von letzteren waren 3 vorher abgestorben, der grösste Theil wegen Verlangsamung des Fötalpulses extrahirt.

Welches sind wohl die Resultate der hochangelegten Zange?

Bei der Besprechung der Wendungserfolge habe ich die Resultate der Geburten in Beckenendenlage nicht mit denen der Wendung und Extraction identificirt. Es erschien mir dies unthunlich, weil sich die Beckenendenlagen in Bezug auf den Geburtsverlauf und Ausgang eines Vortheils erfreuen. Ursachen liessen sich mehrere finden. Einmal fehlt bei letzteren meist das erschwerende Moment der Extraction des Rumpfes, welche zu ungünstigen Drehungen, zum Heraufschlagen der Arme, zur Entfernung des Kinnes von der Brust disponirt. Es fehlt ferner die Misshandlung und irritirende Manipulation im Uterus, wie sie bisweilen bei der Wendung stattfindet und welche zur Folge hat, dass sich das Kind häufig asphyctisch zur Extraction einstellt oder wegen Strictur des Muttermundes nicht schnell genug entwickeln lässt.

Ferner mag auch in den vorliegenden Fällen die häufige Einstellung mit dem Steisse oder in unvollkommener Fusslage im Verein mit dem die Eröffnungsperiode verzögernden Moment der Beckenenge dem leichteren Durchtritt des Kopfes zu statten kommen.

Im Hinblick auf die hier veröffentlichten Resultate und die daran geknüpften Betrachtungen ist es klar, welche Stellung die Breslauer Schule zu den beiden Eingangs erwähnten entgegengesetzten Anschauungen einnimmt. Nach der einen Seite hin, das Gewicht der Gründe, welche die unbedingten Gegner der Wendung aufstellen, verstärkend, nähern wir uns anderseits den Anhängern der prophylactischen Wendung, indem wir dieselbe, aber nur bei gradverengtem Becken, für geboten erachten, sobald die Ursache der mangelnden Einstellung des Kopfes in der genau erörterten relativ falschen Lage desselben zu suchen ist.

Lebenslauf.

Verfasser, geboren am 15. März 1848 zu Sohrau Ober-Schlesien, jüdischer Confession, Sohn des Kaufmanns Adolph Borinski, besuchte vom Jahre 1861 bis zum Jahre 1867 das Gymnasium in Gleiwitz, von wo er August 1867 mit dem Zeugniss der Reife entlassen wurde. Im October desselben Jahres liess er sich bei der medicinischen Facultät der Universität Breslau immatriculiren und studirte daselbst durch neun Semester mit elfmonatlicher Unterbrechung durch Einziehung zum Heere.

Während seines Studiums besuchte er die Vorlesungen und practischen Uebungen folgender Herren Professoren und Privatdocenten:

Barkow, F. Cohn, H. Cohn, Ebstein, Fischer, Foerster, Grosser, Grube, Haeser, Heidenhain, Lebert, Loewig, Maas, Marbach, Meyer, Schmid, Spiegelberg, Voltolini, Waldeyer.

Allen diesen Herrn sagt er seinen wärmsten Dank.

Thesen.

I. Bei Incarceration einer Hernie sind lange fortgesetzte Repositionsversuche zu widerrathen.

II. So lange neben einer Anteflexio uteri kein sonstiges locales Leiden besteht, ist an einen Causalnexus zwischen ersterer und einer gleichzeitig vorhandenen Allgemeinstörung nicht zu denken.

III. Linsenmangel schliesst nicht absolut die Möglichkeit der Accomodation aus.